

2019年6月10日
第3325号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談]ルーチン検査から診断を絞る(本田孝行,青木洋介)……………1-2面
- 第10回PC連合学会開催……………3面
- [FAQ]画像診断オーダーで押さえておきたい3つのコツ(山下康行)……………4面
- [連載]スマートなケア移行で行こう! 5面
- MEDICAL LIBRARY/第116回日本内科学会開催……………6-7面

貴重なデータを見逃していませんか?

対談

ルーチン検査から診断を絞る



本田 孝行氏
信州大学医学部病態解析・診断学教授/
同大医学部附属病院長

青木 洋介氏
佐賀大学医学部国際医療学講座・
臨床感染症学分野教授/
同大医学部附属病院感染制御部長

青木 私たちが医学生の際は、ルーチン検査の有用性について学ぶ機会がたくさんありました。しかし、検査手法の選択肢が増えた今では、その重要性を見失いがちなのかもしれません。

本田 ルーチン検査は低コストかつ有用性が高いものの、新しい検査の発達により深く解釈されなくなっています。青木 それでもルーチン検査値の丁寧な解釈が患者診療の基本であることに変わりはありませんね。

まずは本田先生の考えるルーチン検査とは何か、教えてください。

本田 私の必須と考える検査項目は、血算、生化学検査、凝固・線溶検査、尿・糞便検査、動脈血ガス分析に、CRP (C-reactive Protein) を加えたものです。学生には日常臨床で最も接するルーチン検査の読み方を、RCPC (Reversed Clinico-pathological Conference) 形式で講義します。

青木 検査値の読み方をRCPC形式で講義する教員は今、どれくらいいるのでしょうか。

本田 自治医大名誉教授の河合忠先生が考案された教育技法により、検査値を読むこと自体は多くの大学で実施され

ています。しかし、ルーチン検査を正しく読むためには、時系列を踏まえて読むことが重要です。この力を養うための講義は不足しているように感じます。

青木先生は日々の感染症診療の中で、ルーチン検査を意識するのはどのようなタイミングでしょうか。

青木 感染症コンサルテーションを受ける患者には感染症ではないと思われる方も含まれますので、そのときには感染症なのか、腫瘍なのか、あるいは膠原病なのか、疾病のカテゴリー分けにルーチンの検査値を活用しています。『Fever of Unknown Origin』(Informa Healthcare) の14章にも、血算、白血球分画の上がり方、生化学、タンパク質電気泳動、尿検査、フェリチンの情報が、感染症なのか、腫瘍なのか、はたまたそうではないかの鑑別に有用とされており、まずこれらの鑑別を行ってから特殊検査を行うべきと記載されています。

ローテクノロジーを駆使して ハイクオリティな医療を

本田 感染症医の方はよく、「感染症

血算、生化学検査、凝固・線溶検査、尿・糞便検査および動脈血ガス分析。これらルーチン検査を漠然と行い、その有用性を見逃していないだろうか。「ルーチン検査を味方にしなければ決して名医にはなれない」と、ルーチン検査の解釈の重要性を語る本田孝行氏は、患者の病態を把握するため、十数年にわたり信州大学方式と呼ばれるRCPC (MEMO) を推進し、このほど『検査値を読むトレーニング——ルーチン検査でここまでわかる』(医学書院)を上梓した。

本対談では「ルーチン検査値を丁寧に解釈することが患者診療の基本」と話す感染症医の青木洋介氏と共に、これまでのルーチン検査への認識を改めて見直す。

は良くなるか、悪くなるかのどちらかで、同じような病態をずっと示すものは存在しない」と話します。検査値も全くその通りで、CRPが10 mg/dL前後を示し続ける場合、急性細菌感染症は考えにくいですが、急性細菌感染症の場合は時系列で検査値を追うと、上がり下がりが早いことに気付かされます。青木 もちろん感染症以外の疾患も数値が動き続けるとは思いますが、例えば膠原病は感染症に比べると、より長い時間 stable のことが多いですね。

本田 ええ。検査値が変動するスピードで疾患が絞られる場合もあります。青木 末梢の白血球数が6000/μLでも、下がりつつある6000/μLなのか、戻りつつある6000/μLなのかで対処が大きく異なります。どちら向きの経過かを時系列で読み取ることが必要です。

本田 ルーチンの検査項目はわれわれが医師になる以前から変わっていません。30年以上も前からルーチン検査の有用性が認識され、各項目に取って代わる検査が現れなかったためです。それに加え、近年はルーチン検査のコストが下がり、繰り返し実施できるようになりました。時系列データで得られる情報の価値はコストに十分見合うはずですよ。

青木 入院患者には必ずルーチン検査を実施するのに、昨今は結果をあまり詳細に考察せず、確定診断のための特殊検査にばかり目が行く方が多いよう

に感じます。

本田 特殊検査の多くはカットオフ値を持つので、解釈が簡単だからでしょう。一方で特殊検査に比べルーチン検査は、診断するための病態を判断しますので「この検査値が上がっているからこの病態だ」と瞬時に判断しづらく、上手に扱うには少し学習が必要です。青木 ここ数十年の間に生まれた多くの特殊検査には、現在は使われていない手法も数多く存在します。新しい検査手法にやみくもに手を出すのではなく、一度立ち止まって検査手法の有用性と意義を考えてみるべきです。

本田 非常に重要な視点です。青木 サイエントリストやエンジニアが開発する新しい検査は、臨床医のようなプラクティショナーにどう役立つかはっきりしないまま使われだすことが少なくありませんね。ハイテクノロジーだからクオリティが高いとは限らない。ローテクノロジーだけれどもハイクオリティの医療が必ず存在し、その代表がルーチン検査なのです。

「検査を減らす」の意味

青木 患者負担や医療コストの面から検査数を減らすべきとの意見があります。この意見に対しどう考えますか。

本田 検査数を可能な限り少なくする
(2面につづく)

MEMO 信州大学方式のRCPC (Reversed Clinico-pathological Conference)
RCPCとは検査データから患者の病態を推測する手法であり、信州大学では「栄養状態はどうか、全身状態の経過はどうか、細菌感染症はあるのか、細菌感染症の重症度は、敗血症の有無、腎臓の病態、肝臓の病態、胆管・胆道の病態、細胞傷害、貧血、凝固・線溶の異常、電解質異常、動脈血ガス」の13項目から、系統立てて検査値を解釈する。

検査値を読むトレーニング

ルーチン検査でここまでわかる 本田 孝行



●B5 頁352 2019年 定価:本体4,500円+税
[ISBN978-4-260-02476-1]

●「臨床現場で使える」検査値の読み方をしていませんか?

ルーチン検査は、特殊で高額な検査に頼らずとも、読む者次第で驚くほど豊富な情報をもたらしてくれます。本書はこのルーチン検査を、病歴や身体所見と同様に最大限に活用し、**患者の病態変化を読み解く力**を磨き、臨床能力を一段と高めるための本です。

●RCPCは、病歴や身体所見の情報なしで、検査所見のみから病態を推論する検査医学の教育手法の一つ。目的は疾患名を当てることではなく、

医学書院
検査値の推移と組み合わせから「病態を読み解く力」を身につけよう

「信州大学方式RCPC」全39症例を掲載

「患者の体に何が起きているのか?」を読む力を磨きたいすべての医療職に

病態を読み解くことです。本書はこのRCPC 39症例の検査データ一覧を提示・解説。さらに、**検査データを時系列の変化で示し**、病態を「栄養状態」「細菌感染」「腎臓の病態」「肝臓の病態」など13項目に分け、**関連する複数検査値の組み合わせがどう変動するか**を分析・解釈する「**信州大学方式RCPC**」で、刻々と変化する病態を読み解く訓練をします。

●臨床と検査の双方を熟知し、RCPCをライフワークとする著者が全医療職に贈る「生きた検査値の読み方」のトレーニングブックです。

<出席者>

●ほんだ・たかゆき氏

1981年信州大卒。信州大第一内科に入局後、87年米サウスカロライナ医大へ留学。呼吸器内科専門医として診療を行うとともに、呼吸器分野の病理診断も行う。94年信州大臨床検査医学助手などを経て、2008年より現職。13項目から病態を把握する信州大学方式のRCPCを実践し、普及活動に励む。著書に『検査値を読むトレーニング』『異常値の出るメカニズム 第7版』(いずれも医学書院)。



●あおき・ようすけ氏

1984年福岡大卒。佐賀医大(当時)で呼吸器内科の研修後、94年米スタンフォード大へ。97年佐賀医大(当時)内科呼吸器助手として帰国後、2003年佐賀大臨床検査医学講座准教授を経て、11年より現職。近著に『ちょっと待った! その抗菌薬はいりません』(メジカルビュー社)。



(1面よりつづく)

のはルーチン検査も同じです。初回はスクリーニング的にやや広い範囲で行う必要はありますが、繰り返し行う場合はルーチン検査も必要最低限の検査項目で行います。一般的に言われる「検査を減らす」は、ルーチンの検査項目を減らすのではなく、「確定診断検査の数を減らす」ことだと私は思います。

青木 それはどんな理由からですか。

本田 ルーチン検査はあくまでも病態を探る検査で、私は身体診察と同じと考えています。つまり、陽性だけでなく陰性の情報も統合した上での解釈が必要です。ルーチン検査で診断の感度・特異度はどの程度上がるかよく質問されますが、身体診察をして感度・特異度がどの程度上がるかとの質問と同じで、答えに窮してしまいます。

確定診断検査は、その名の通り診断を確定するので、感度・特異度が求めやすい検査です。具体的には病理検査、遺伝子検査、抗体検査などがこれに当たり、価格の高い検査です。

ルーチン検査で鑑別診断を絞り、可能な限り少ない確定診断検査で診断することが、検査数を減らし医療コストの削減に貢献すると思っています。

青木 例えば、病棟でルーチン検査の一つである血算を1日に2回以上取ることはあるのでしょうか。

本田 必ず2回取るとの教育はしていません。しかし、病態がわからなければもう一度検査してみようとの考えから、一度データを見て判断がつかなければ直後の1~2時間を含め、数時間後にもう一度検査します。一時点での止まったデータより時系列の動いているデータのほうが正確に病態をとらえられるからです。

青木 昨今はルーチン検査の結果から鑑別疾患を絞り込まないまま、特殊検査がオーダーされている事例をしばしば目にします。使い方のトレーニングをせずに検査をするのは、まるで自動

車教習所へ通わずに車を運転するのと同じくらい危険なことです。抗菌薬の適正使用と同様に、自由に行える検査と行えない検査の振り分けを考えることも必要ではないでしょうか。

本田 特殊検査をオーダーする前に、なぜこの値が上昇しているかに注目し、生じている病態を考える時間が必要ですね。

身体所見を取るようルーチン検査を読む

青木 では、ルーチン検査から鑑別を絞り込むにはどのような訓練が必要なのでしょう。

本田 学生には「身体所見を取るようルーチン検査を読む」と教育しています。身体所見は見落としのないように診る順番が決まっています。陰性所見も重要視されます。ルーチン検査も同じで、信州大学方式のRCPCでは、次の13項目を順序ごとに診るよう指導し、陰性所見の解釈の仕方も教えています。ルーチン検査はルーチンを見落としなく読むのが原則です。

- ①栄養状態はどうか、②全身状態の経過はどうか、③細菌感染症はあるのか、④細菌感染症の重症度は、⑤敗血症の有無、⑥腎臓の病態、⑦肝臓の病態、⑧胆管・胆道の病態、⑨細胞傷害、⑩貧血、⑪凝固・線溶の異常、⑫電解質異常、⑬動脈血ガス

青木 上記の13項目はルーチン検査でどのように解釈していくのですか。

本田 先ほど申し上げたように、ルーチン検査はひとつの病態を複数の検査から検討しなければなりません。例えば、「⑦肝臓の病態」では、肝細胞傷害をALT、AST、肝合成能をアルブミン、コレステロール、コリンエステラーゼ、肝代謝能をビリルビンの値からそれぞれ検討します。これらがどれくらいの速さで、どの程度変化しているかを検討すると、肝臓の病態が驚くほど詳細に把握できるのです。

青木 病態把握のためにはあらかじめ各ルーチン検査が異常値を取るメカニズムを把握しておく必要がありますね。

本田 はい。例えば、1つ目の検査値が上昇し、2つ目の検査値は低下しているという結果から複数の病態が想起されたとします。このとき3つ目に行う検査値の動き次第で1つの病態に絞られることがあり、各検査値が変動するメカニズムを知っていれば検査と検査を結び付けて病態を絞ることができます。このメカニズムの学習には、『異常値の出るメカニズム』(医学書院)が最も適しているでしょう。

青木 青木先生が研修医に教える際、重視している点がありますか。

青木 研修医には、想像のレベルでいいので確定診断検査を実施する前に病歴と身体所見、ルーチンの検査結果から優先順位を必ず付けた上で可能な限

り鑑別疾患を挙げるよう伝えます。鑑別疾患を挙げるトレーニングは大変ですが、1番目にはAを考え、Aでなかったら次はBと、疫学情報や経験を加味して優先順位を付けているのであれば、4つ5つにとどまらずさらに多くの鑑別疾患を挙げるのは大歓迎です。

本田 もちろん、コストが一番かからないのは、問診と診察だけで診断にたどり着くことです。しかし、少しだけお金がかかるものの、ルーチン検査の精度と客観性は身体所見に比べ高いものがあります。ルーチン検査を加えることで、確定診断につながる症例は相当増えるはずですが、また、病態を読み取ることさえできれば、診断名がなくても大筋の治療方針が間違っていないことも多々あります。

左方移動を利用して細菌感染症の病態を正確に判断する

本田 臨床に目を向けると、多くの先生方は白血球数やCRPの値をあまり重視していないように感じます。青木先生はいかがですか。

青木 もちろん私はどちらも見ます。ただ、検査値だけでは患者の病態や重症度がわからないこともあるので、白血球数とCRPだけに注目するのは適切ではありません。

本田先生は以前から白血球の左方移動の重要性を強調されていますね。

本田 ええ。私が特に重要視しているのは好中球の動態です。白血球数が急速に変化する場合は好中球による変動が主体ですので、細菌感染症では白血球数と好中球数は同義語として使用できます。

青木 好中球と言えば、細菌に対して生体内で対抗する作用があります。好中球のどのような動きに着目しているのでしょうか。

本田 好中球は直に細菌感染巣で消費されるので、細菌感染巣に対して好中球がどのように反応しているかを見ます。つまり、どれくらい好中球が細菌感染巣で消費されたかがわかれば、細菌感染症の重症度を判定できます。

青木 なるほど。多くの場合、細菌感染症の症状が出現するのは、好中球数が増えたことで白血球数が増加を示したタイミングではないでしょうか。

本田 実はそうとも限りません。感染初期の12~24時間は骨髄からの供給が少ないために、全ての細菌感染症で白血球数は減少します。その後、供給増により好中球数は増えるのですが、これは効率よく好中球を運ぶためと考えられ、患者の来院はこの時期に多いことから、細菌感染症では白血球が増加するとされます。好中球が血中に多いのは、供給が必要を上回るほどに生体が頑張っているからです。

しかし、骨髄が好中球をいくら産生しても細菌感染巣での消費量が多すぎて追いつかない場合、血中の白血球数は下がります。これは生体が十分に対応できていない所見ですので、患者が危険な状態と判断できます。

青木 一般的に、医師は診断名を付けることに意識が集中しがちな気がしますが、経過観察をする中で、病態がはっきりすることもあるので、まずは進行性で生命予後に影響を及ぼす可能性のある疾患を除外する、という考え方が大切なのかもしれません。

本田 そのためにも、ルーチン検査値は病態を診るものであり、総論から絞り込むための要素の一つであると学生には教えなければなりません。学生は「疾患名→病歴→検査値異常」と、一方通行の流れで学習するので、ルーチン検査を用いて病態から総論的に絞り込む思考法をいち早く習得することが重要です。

青木 左方移動と細菌感染症における好中球の動態は関連があるということですね。

本田 そうなのです。左方移動は、成熟した分葉核好中球が少なくなり、補うために未熟な桿状核好中球が出現してきたことを示しています。したがって、左方移動の程度は細菌感染巣で消費される好中球の量を表します。消費量は産生量にも反映されるので、左方移動の程度は骨髄での好中球産生能も反映します。左方移動がありながら白血球数が減少する所見は、骨髄で好中球産生能を増加させているにもかかわらず、消費量が多いために白血球数が減少していることを示しているのです。

青木 そのメカニズムの理解によって、細菌感染症の判定に活用できるとの考えですか。

本田 はい。例えば、定期的な朝の採血で白血球数が下がっていたにもかかわらず発熱を認めなかった患者が、3時間後にカテーテル感染で発熱した症例を経験しています。朝の採血時点ですでに感染があり好中球の消費を示唆していますが、症状はまだ出現していません。症状発現は好中球が対処できなくなってからと考えると、数時間のタイムラグを説明できます。

ぜひ読者の皆さんにも白血球数と左方移動を利用して細菌感染症の病態を正確に判断していただきたいです。

*

青木 現在は、以前に比べ医療自体が高度かつ情報過多になっていて、検査値についてじっくり考える時間が失われつつあります。研修医の皆さんには、この患者の疾患は何かと考えるときに、ルーチン検査の意味を今一度思い出し鑑別に役立ててほしいと思います。

本田 カルテ上の検査値の上がり下がりを確認するだけでなく、ルーチン検査を活用して、患者にどのような病態が生じているのか思考をめぐらせることが肝要です。まずはルーチン検査は診断を確定させるツールではなく診断を絞るツールのだと発想を転換してみてください。(了)

日常診療で扱う基本的な検査から、次の検査をいかに選び、適切な診療につなぐかを学ぶ

異常値の出るメカニズム 第7版

増え続ける検査項目。これからの医療者には、初診時の基本的な検査から異常値が示す背景を探り、次に行うべき検査を適切に選択し、後に続く医療行為のゲート情報を見極める眼が求められます。5年振りの改訂第7版は「基本的検査」と、二次的に行う「基本検査に準ずる検査」に分類してメリハリをつけ、また使用頻度順に項目を組み替え、よりわかりやすく生まれ変わりました。臨床検査医学を学ぶ学生、医療者の必携書。

監修 河合 忠
編集 山田俊幸
本田孝行



救急でよく遭遇するバイタルサインや検査値の異常に対する問題解決のために

問題解決型救急初期検査 第2版

いずれも基本的な検査ばかりであるが、どういう症状があったら何を考えてこの検査をするのか、他に組み合わせる実施する検査項目は何か、などを必要に応じて解説した書。フローチャート、step、鉄則、pointなどでわかりやすく示した。内科ではなくあくまで救急という視点から、問題解決のための検査の進め方、検査値の異常への問題解決的アプローチという双方向を意識して、初学者に向けて親切かつ簡潔明瞭に記した。

田中和豊



第10回 PC 連合学会開催

●表 プライマリ・ケア小史(日本プライマリ・ケア連合学会、プライマリ・ケア・アーカイブス・プロジェクトチーム提供)

	国内の動静	海外の動静
	第二次大戦後、医学の進歩、技術革新を背景に専門医が増加。専門医の高収入も相まって、全医師に対する総合診療医の割合が80%から20%に減少。	医学校・医学専門学校において年限を短縮して医師の量産が行われた。教育水準は一定ではなく、基本的に病院医師の養成を主眼とした教育であった。
1940年代	・GHQ サムス大佐による医学教育改革の実施を受け、インターン制度導入、医師国家試験実施(46年)	・American Academy of General Practice (AAGP) の創設(47年) ・英国で国民保健サービス(NHS)が発足(48年)
1960年代	・実地医家のための会設立(63年) ・東大医学部インターン生による国試ボイコット運動が東大紛争に発展(67年) ・医師法改正により、インターン制度が廃止、臨床研修制度が創設される(68年)	・家庭医の養成を提言したミリス報告・フォルソン報告・ウィラード報告が発表(66年) ・Society of Teachers of Family Medicine (STFM) の設立(67年) ・米国で20番目の専門医制度として American Board of Family Practice が発足(69年)
1970年代	・公的文書(医師研修審議会の建議書内)で「Primary care」の用語がはじめて用いられる(73年) ・医師研修審議会が意見書を提出。「プライマリ・ケア」の定義と研修目標を定める(75年) ・天理よろづ相談所病院において日本初の総合外来・総合病棟と総合診療方式によるレジデント制度開始(76年) ・日本プライマリ・ケア学会設立。第1回大会開催(78年)	・AAGP が American Academy of Family Physicians に発展(71年) ・世界家庭医機構(WONCA)設立(72年) ・プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議でアルマ・アタ宣言が採択される(78年) ・Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine (SREPCIM) 設立(78年)
1980年代	・臨床研修指導医海外派遣制度開始(80年) ・川崎医大が大学として初めて総合診療部門(総合臨床医学)を設置(81年) ・家庭医に関する懇談会が提言をまとめる(85年) ・日本プライマリ・ケア学会が WONCA 加盟団体として承認される(85年) ・国立大学最初の総合診療部が佐賀医大(当時)に設置(86年) ・日本家庭医療学研究会設立(87年) ・第一回家庭医療夏期セミナー開催(89年) ・総合診療連絡協議会開催(89年)	・SREPCIM が Society of General Internal Medicine (SGIM) に発展(88年)
1990年代	・総合診療研究会発足(93年)	・Guyatt が EBM という用語を創始(91年) ・Wachter 「Hospitalist」を命名(96年) ・National Association of Inpatient Physicians (NAIP) のちの Society of Hospital Medicine (SHM) 設立(97年)
2000年代	・総合診療研究会から日本総合診療医学会へ発展(00年) ・介護保険制度施行(00年) ・日本家庭医療学研究会から日本家庭医療学会へ発展(02年) ・新医師臨床研修制度開始。卒業2年の臨床研修が必修化(04年) ・日本国内3学会の合同学術集会と WONCA アジア太平洋地区大会を同時開催(05年)	・新ミレニアムにおける医療プロフェッショナルリズム: 医師憲章(02年)
2010年代	・3学会合併により日本プライマリ・ケア連合学会発足(10年) ・日本専門医機構設立、OECD 医療の質レビューにおいてプライマリ・ケア専門医の設立が提言される(14年) ・新・専門医制度開始。19番目の専門医として総合診療専門医が位置付けられ研修開始(18年) ・WONCA アジア太平洋地区大会が京都で開催(19年)	・Choosing Wisely が広まる(11年) ・プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議でアスタナ宣言が採択される(18年)

第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(大会長=弓削メディカルクリニック/滋賀家庭医療学センター・雨森正記氏)が5月17~19日、「これまでの10年これからの100年」をテーマに国立京都国際会館(京都市)にて開催された。併催のWONCA アジア太平洋地区大会(大会長=愛知医大・伴信太郎氏)と合わせ6467人の参加者を集めた。本紙では、学会が全日本病院協会(全日病)と取り組む総合医育成プログラムの開発状況と、日本のプライマリ・ケアの歴史を探究したシンポジウムの模様を報告する。

地域の医療機関で働く医師の総合医へのキャリアチェンジを支援するため、全日病は2018年7月から認定総合医育成事業を開始した。日本プライマリ・ケア連合学会は全日病の委託を受けてプログラムを開発し提供している。シンポジウム「総合診療医へのキャリアチェンジを支援する研修プログラムの開発」(座長=筑波大・前野哲博氏、春回会・井上健一郎氏)では、同プログラム構築の背景と内容が紹介された。

初めに、全日病常任理事を務める井上氏が、地域包括ケアの実現に向け、地域に密着した病院に求められる要点として、①臓器別にとらわれない幅広い診療、②多職種からなるチーム医療のマネジメント、③予防・健康増進や介護施設との連携を列挙。個々の医師がそれまでの専門性や経験を生かしながらプライマリ・ケアを実践できるためのプログラムを開始したと説明した。

「基本コンセプトは、プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せること」。続いて登壇した前野氏は冒頭こう述べ、プログラムの内容を解説した。研修期間は1~3年の範囲とし2年間を推奨。診療実践コース22単位、ノンテクニカルスキルコース10単位の全32単位のうち、18単位以上取得すると認定され、修了者は日本プライマリ・ケア連合学会認定医試験の筆記試験が免除されるという。体験型ワークショップによるアクティブ・ラーニングで実践的スキルを身につけることを目的に、土日中心のスクーリングで20日以上受講する点が「最大の特徴」と説明した。臨床も教育経験も抱負な家庭医療専門医らが検討を重ね開発された本プログラムの中でも、ノンテクニカルスキルの習得は「ニーズが多様化・複雑化する医療現場で多職種と共に効率的にタスクをマネジメントする観点から重要性が高い」と強調。2018年度受講者のアンケートからも「自身



●草場鉄周理事長

本年4月に日本PC連合学会新理事長に就任した草場鉄周氏(北海道家庭医療学センター)は、プライマリ・ケアが日本社会の基盤インフラとなることを目標に、学会の中期的な運営方針として①プライマリ・ケア診療の普及と質向上支援、②プライマリ・ケア領域の専門職の養成とキャリア支援、③臨床研究や国際活動を中核とした学術的な発信を挙げた。また、新・家庭医療専門医制度の創設など、同領域のさらなる強化に乗り出すことを表明した。

の業務に実際に役立った」「役立つ気がしている」と答えた割合が9割を超えたと紹介した。

2018年度から受講中の川端康一氏(富山西総合病院)からは、それまでかわりの少なかった小児科や整形外科領域の知識を系統立てて学ぶことができ、「明日から使える実践的な内容だった」と成果が語られた。

前野氏は、「今後、人数や回数の増加、東京以外の地方開催を検討するとともに、全日病以外の団体やプライマリ・ケア連合学会の会員等にも対象を広げ、プログラムの充実を図りたい」との見通しを述べた。

プライマリ・ケア史の源流は

日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会合併から10年目を迎えた。本学会および前団体に関連するプライマリ・ケアの歴史を後世に残すため、前述の前野氏を中心にプライマリ・ケア・アーカイブス・プロジェクトチームが組織された。本チームは、プライマリ・ケア史の源流を知る人へのインタビューや史料を整理(表)。その取り組みの一環として、シンポジウム「総

合診療のこれまで——私たちはどこから来て、どこへ行くのか」(座長=筑波大・高屋敷明由美氏、松村医院・松村真司氏)が開かれた。

1976年に日本で初めて総合外来を開設したのは天理よろづ相談所病院。その初代総合診療教育部長であった今中孝信氏に、現在部長を務める石丸裕康氏がインタビューを行った模様が放映された。今中氏の話では、同院は1966年に近代的な病院に改修されたが、診断名が付かず専門外と判断された患者がたらい回しになる状況があったという。家庭・職場環境などの患者背景を含めて一人ひとりと向き合い、患者の全てを理解できるような診療科を設立することが総合外来誕生の理由と明かした。

1970年代後半、厚生省(当時)の医師研修審議会では故・日野原重明氏が家庭医の必要性を強調し、議論が活発化。厚生省は1980年に「臨床研修指導医海外派遣制度」を創設し、海外で学んだ医師を指導医として活躍させようと第一陣に3人を派遣した。今回その一人である木戸友幸氏(愛港園診

療所)が登壇した。氏は、ニューヨーク州立大家庭医科にてレジデントを終え、帰国後には家庭医制度の創設へ向けた厚生省「家庭医に関する懇談会」の委員となった。当初は家庭医制度の設立へ前向きな議論が行われたものの、一部の強い反対により、家庭医構想が頓挫。「この懇談会がプライマリ・ケアに対する一つの方向性を付けたことで、日本の家庭医構想が滞ったのは間違いない」と氏は証言した。

学生時代に第2回家庭医療学夏期セミナーに参加した北西史直氏(トータルファミリーケア北西医院)は、セミナー参加時の状況を振り返った。「見学型実習ばかりだった当時、少人数によるワークショップや小外科実習を行ったことが印象的」と話し、現在では当たり前に行われる教育法をいち早く取り入れていた状況を回顧した。

最後に松村氏より、「貴重な史料をお持ちの人や、当時の話を聞ける人がいればぜひご協力いただきたい」と、さらなる調査の進展に向け、来場者へ呼び掛けた。

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます!

ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック 第2版

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます! 「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」「眼科通院ができない高齢患者から眼症状について相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで?」「内服薬の副作用による眼症状」「眼に症状の出る全身疾患」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」など。巻頭に診断フローチャート、巻末に点眼薬の情報も加わり、手元があれば安心の1冊。

石岡みさき



患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

Hospitalist 2019年間購読申込受付中

Vol.7・No.1
特集: 外来マネジメント
 病棟や救急と勝手が違う外来には
外来のコツがある

責任編集: 金城紀与史 沖縄県立中部病院総合内科
 清田雅智 飯塚病院総合診療科

●1部定価: 本体4,600円+税
 ●年間購読料19,096円(本体17,600円+税)
 ※毎月お手元に直送します。(送料無料)
 ※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

2018年
 1号 腎疾患2
 2号 糖尿病
 3号 肝臓病
 4号 循環器疾患2

2019年(予定)
 1号 外来マネジメント
 2号 総合内科のための集中治療
 3号 抗血小板薬、抗凝固薬のすべて
 4号 内科エマーゼンシー

たちまち重版! Hospitalistのマニュアル本
総合内科病棟マニュアル
 ●編集: 筒泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価: 本体5,000円+税

FAQ

今回の回答者 山下 康行

熊本大学大学院生命科学研究部
放射線診断学分野 教授

やました・やすゆき氏/1981年鹿児島大医学部卒業後、熊本大医学部放射線科入局。89年同大病院放射線科、米テキサス大 MD アンダーソンがんセンター、90年熊本大病院放射線科講師を経て、2001年同大医学部放射線医学講座教授。03年より現職。著書に『医学生・研修医のための画像診断リファレンス』『レジデントのための画像診断の鉄則』（いずれも医学書院）。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions；頻繁に尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

画像診断オーダーで押さえておきたい3つのコツ

日常臨床において画像診断のウエイトは非常に大きく、救急疾患から慢性期の疾患まで多くの患者さんに対し検査が行われます。また、カバーする領域も全身にわたるため、読影のみならず、検査のオーダーでも何を選択すべきか迷ってしまうのではないのでしょうか。

そこで今回は、研修医が押さえておきたい画像診断オーダーのコツについて説明します。

FAQ 1 画像診断の検査機器にはそれぞれどのような得手不得手がありますか。使い分けを考える上でのポイントは何でしょうか？

臨床でよく使われる画像診断法には単純X線、超音波、CT、MRI、PETがあります。単純X線は比較的簡便で検査価格が安いメリットがあるものの、読影はかなり難しいです。現在でも胸部や骨、乳腺では必須の検査ですが、その他の臓器では診断的価値は高くありません。

超音波はベッドサイドの他、最近では整形外科領域でもよく使われます。しかし、腹部、乳腺、頸部など施行できる部位が限られています。

CTやMRIは全身どの部位でも施行可能です。CTは検査時間が短い、MRIはコントラストが高いという利点がある一方、CTは放射線被曝があり、MRIには検査に長い時間を要するなどの欠点があります。またコストも他の画像診断法より高く、その適応については厳密に検討した上で判断する必要があります。

PETなどの核医学検査は生体機能を見るのに優れた検査です。各部位で一般的に選ぶべき検査法については表で大まかに示したとおりです。

Answer…画像検査機器の得手不得手を理解し、部位・疾患・コスト

●表 画像診断検査の大まかな選択

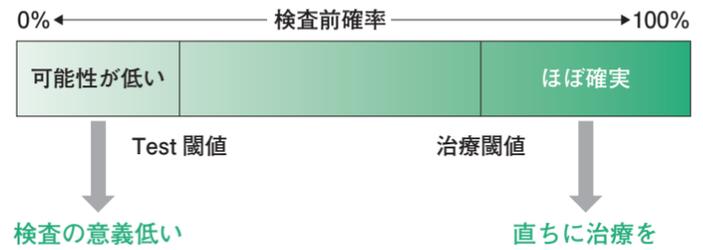
部位・臓器	検査法
脳	MRI(救急ではCTを用いる場合あり)
頭頸部	CTあるいはMRI
脊椎	単純X線→MRI
肺、縦隔	単純X線→CT
肝胆膵	超音波→CT(→MRI)
腎臓および上部尿路	(超音波→)CT
骨盤	超音波→MRI
骨、関節	単純X線→MRI

読影前にこの1冊！

レジデントのための画像診断の鉄則

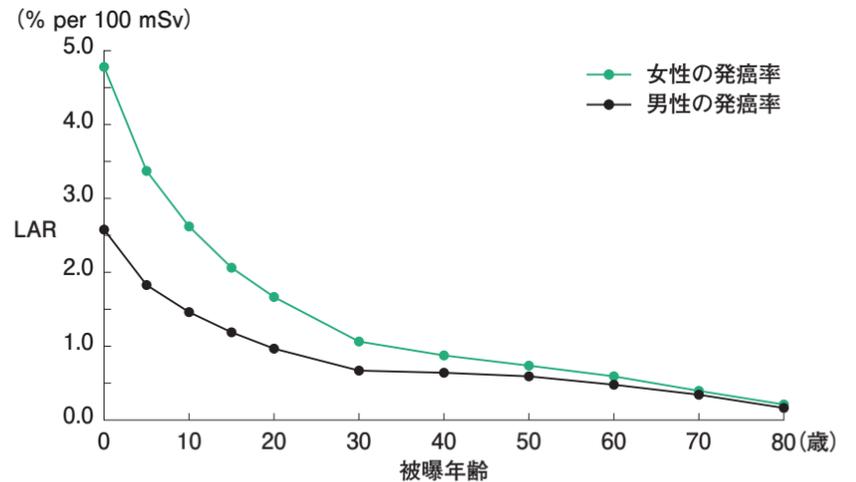
「CT、MRI、超音波…モダリティの使い分けはどうする？」「押さえておくべき胸部CTのサインは？」といった画像診断のギモンに答える1冊がついに登場！著者がこれまで研修医や医学生との読影カンファレンスで語ってきた画像診断のコツやピットフォールを、最低限押さえておくべき「鉄則」としてまとめて披露する。好評発売中の『医学生・研修医のための画像診断リファレンス』と合わせて読みたい1冊！

山下康行



●図1 検査前確率の考え方(文献1より作成)

検査前確率が低い場合は検査リスク>ベネフィットとなり、検査の意義は低い。検査をしなくても診断がほぼ確実な場合は、直ちに治療を行うべき。20~50%の検査前確率の場合、画像診断の有効性が高い。



●図2 年齢とX線被曝による癌のリスク(文献2より作成)

LAR (lifetime attributable risk)=100 mGy 被曝した場合の生涯の発癌リスク。男性も女性も若年者ほど、被曝に伴う癌のリスクが高い。

作用によるリスクを伴います。一方で、検査前確率が中程度の場合、valueが大きくなります。このことを押さえた上で、患者にベネフィットをもたらすかを考え選択しましょう。

FAQ 3 妊婦や小児にどうしても画像検査が必要な場合、注意すべき点は何か教えてください。

やはり被曝が心配ですので、例えば急性腹痛などでは通常、超音波を第一選択とすべきです。しかしながら、妊婦であれば妊娠週数が進むにつれて子宮のサイズが大きくなるため、超音波で虫垂を同定することは難しくなり、超音波検査の診断能は低下します。

頭部の検査ではできるだけMRIが望ましいのですが、救急の頭部外傷などではCTを必要とする場合があります。欧米では小児の頭部外傷時のCTの適応についてルールが決められていますが、わが国では不必要な検査も少なくないようです。

一般的に微量なX線であってもその分だけ害があり(閾値無し直線仮説という)、少量のX線であってもできるだけ被曝量は少なくすべきと考えられています。特に若年者では成人より平均余命が長く、かつX線に対する感受性が高いことが知られており(図2)、可能な限りX線照射量を減らす必要があります。

最近では、CT被曝によって小児の発癌リスクが上昇するとの論文が相次いで発表されています。欧州からの報

告でも小児CTの30%は超音波やMRIなどの放射線を使わない検査に代用可能と報告されています。

妊婦においては、妊娠4~10週の器官形成期には胎児の奇形リスク、10~17週では中枢神経の障害を起こすリスクが上昇し、その閾値は100 mGyとされます。通常は1回のCT検査で100 mGyを超える被曝はありませんが、この期間のCT検査は極力避けるべきです。

Answer…小児や妊婦であっても臨床的にどうしてもCT検査が必要なケースはあるでしょう。X線への感受性が高いからといって、検査を行わないのは誤りであり、常にケースバイケースで考える必要があります。妊婦や小児にX線を用いた検査を行う際は、As low as reasonably achievable (ALARA)原則を遵守し、適応の正当化と線量の最適化が重要です。

もう一言 米国をはじめ世界各国にて、エビデンスに基づく賢明な医療選択を行おうというChoosing Wiselyキャンペーンも始まっています。検査のリスクとベネフィットを理解し、患者さんに必要な検査は何か、検査前確率はどうかを考えながら画像検査を賢く選び、使うことが重要です。

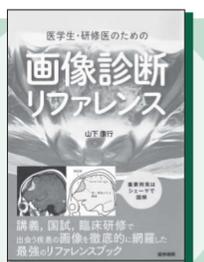
参考文献
1) 山下康行. レジデントのための画像診断の鉄則. 医学書院; 2019.
2) Radiographics. 2015 [PMID: 26466180]

医学生、研修医必携の画像診断入門書！

医学生・研修医のための画像診断リファレンス

講義、国試、臨床研修で出会う疾患の画像を網羅した最強のリファレンスブックが遂に登場！重要所見は、矢印で示すだけでなく、シエマでわかりやすく図解。画像診断に苦手意識を持つ初学者にとっても、各疾患の病態や画像の基本的な知識が身につく構成となっている。読影するうえで理解が欠かせない画像解剖も丁寧に解説。医学生や研修医のみならず、画像診断に関心を持つジェネラリストや診療放射線技師にも役立つ1冊。

山下康行



スマートな ケア移行 で行こう!

Let's start smart
Transition of Care!

医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行(Transition of Care)を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修
小坂鎮太郎, 松村真司
今回の執筆者
安本有佑
板橋中央総合病院総合内科

第8回 患者のエンゲージメントを高めるために 退院療養計画書を見直そう

CASE
COPD 急性増悪で入院となった80歳男性(詳細は第2回・3301号参照)。急性期治療終了後、吸入薬を開始となり、退院後には在宅酸素療法を導入することになった。

今回は、少しでも長い間、COPDが増悪することなく患者が過ごすための工夫を考えます。

患者教育ツールとしての退院療養計画書

東京都後期高齢者医療広域連合の発表では、86%の後期高齢者がいずれかの慢性疾患(関節症・脊椎障害、高血圧症、骨粗鬆症、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病、認知症、白内障・緑内障)に対して治療を受けているとされています¹⁾。適切な患者教育を実施することで慢性疾患の増悪や重篤化による入院が予防できるものの、そのためには早期に医療機関を受診すべき症状(アクションプラン)などを患者へ伝達しておくことが重要です。

米国では、障害のある方もしくは65歳以上の高齢者を対象とした公的医療保険制度のメディケアを受ける約5人に1人が30日以内に再入院しています。再入院患者の死亡率は高く、メディケア受給者に掛かる医療費も174億ドルに高騰している²⁾ことから、退院後の再入院予防が重要視されます。

再入院予防の方策には、RED(Re-Engineered Discharge)³⁾、BOOST(Better

Outcomes by Optimizing Safe Transitions)⁴⁾などがあり、患者教育を深めつつケア移行の質の向上を目的とします。とりわけ退院療養計画書の項目は、退院後の自己管理の目標として患者にとって重要な役割を担います。

日本では、2006年より退院療養計画書の作成が努力義務化されました。しかし、厚労省は保健・福祉との連携を促すものの、具体的な記載内容の指示や保険点数加算はありません。そのため日本で退院療養計画書の適切な活用が進めば、退院時のケア移行の質をさらに高めることが可能だと考えます。

日本では、2006年より退院療養計画書の作成が努力義務化されました。しかし、厚労省は保健・福祉との連携を促すものの、具体的な記載内容の指示や保険点数加算はありません。そのため日本で退院療養計画書の適切な活用が進めば、退院時のケア移行の質をさらに高めることが可能だと考えます。

患者教育とエンゲージメント

患者のエンゲージメントを高めることは退院時のケア移行に重要で、自らのケアに関する患者自身の積極的関与を促します。2016年には、より安全な患者ケア実施のため“patient engagement”の声明をWHOが出しました⁵⁾。

また、米スタンフォード大では、1990年代に慢性疾患の自己管理を学び、支援するための患者支援プログラムCDSMP(Chronic Disease Self-Management Program)が誕生しました⁶⁾(図1)。これは、Schwartzらが主張するエンゲージメントにおいて重要な4要素のEnablement(環境づくり)、Encouragement(励まし)、Empowerment(行動支援)、Energy(エネルギーを与える)を支援することになっています⁷⁾。

CDSMPは運動能力、症状管理、医療者とのコミュニケーションを改善し⁸⁾、別の報告では機能障害、倦怠感、抑うつ症状、ストレス、QOLを改善したとされています⁹⁾。一方、医療コストの面ででは受講促進によって救急外来受診率を減らし、年間1人あたり364ドルの医療費削減につながったという報告もあります¹⁰⁾。

日本国内でも日本慢性疾患セルフマネジメント協会がワークショップを開催して普及を促しており、今後の展開が期待されます。これらの考え方を退院療養計画書に反映させることで、より質の高いケア移行につなげましょう。

退院療養計画書の効果と実際

入院病名を記載した退院療養計画書が渡された65歳以上の患者を対象に、

入院理由	息苦しさ、痰の増加
診断名	COPD(慢性閉塞性肺疾患)の急性増悪
主治医	安本有佑
入院中の検査	血液検査、心電図、画像検査(胸部X線、CT)、細菌検査
入院中の治療	酸素吸入、吸入薬治療、ステロイド治療、抗菌薬治療
何が問題か	・COPDは日本人男性の死因の8位に当たる肺の病気で、タバコなどの有害物質を長期間吸うことで起きます。 ・症状は咳、痰、息苦しさなどがあります。治癒することはありませんので、さらなる悪化を防ぐための治療・予防が必要です。 ・最も重要な治療は禁煙です。喫煙はCOPDの悪化、再入院率を高めます。
何をすべきか なぜそれが重要なのか	・症状を和らげるために吸入薬・内服薬の継続が望まれます。 ・感染を起こすと重症化しやすいので、肺炎球菌・インフルエンザの予防接種が必要です。 ・在宅酸素療法には引火の危険があります。可能な限り火の近くには行かないください。
次の症状を認めた場合は、 医療機関を受診してください (アクションプラン)	・発熱、寒気、咳、痰の増加・色調変化などの感染を疑う症状 ・息苦しさ ・手足の指の色調変化 ・眠気、落ち着かないなどの精神的な症状
入院中に開始・変更・中止した薬剤	・シムビコート：中止 ・レルベア：開始(1日1回/1回あたり1吸入)
退院後の受診日程、場所	6月23日 午前10時に当院の総合診療科外来を受診してください。
急変時の対応	必要時は人工呼吸器管理を含めた心肺蘇生行為を行います。
情報源	一般社団法人GOLD日本委員会ウェブサイト http://www.gold-jac.jp

●図2 退院療養計画書の例

米国の大学病院で退院後の追跡調査が行われました。その報告では、自身の入院病名を理解する患者は約60%で、関連症状を記載できたのは約30%の結果でした¹¹⁾。なぜ、これほどまでに患者の理解度が低いのでしょうか。

退院療養計画書では、患者が理解しやすい言葉でよりシンプルに伝えることが望まれ、イラストを用いるなどの工夫でさらに効果が発揮されます¹²⁾。特に、再発予防策や早期受診基準をまとめたアクションプランとして継続すべき慢性期治療、増悪時の対応が明確に記載されていると、さまざまな疾患の管理の質を向上させます。具体的には、心不全患者で再入院率の低下¹³⁾、心筋梗塞患者で1年以内の死亡率の減少¹⁴⁾、気管支喘息患者では再入院・ER受診率の低下と失職の減少を認めました。COPD患者では、急性増悪への対応改善による死亡率の低下も報告され、疾患ごとの退院療養計画書が患者満足度を改善させたとする報告もあります。

上述のREDでは、12項目から成るフォーマットを設定することで、再入院率の低下、退院後のER受診を減少させるとし³⁾、特に退院療養計画書では①診断名、②薬剤、③外来予約情報の記載が求められます。計画書を渡す際には、IHI(Institute for Healthcare Improvement)が提唱する「Ask me 3(3つの質問をしよう)」を活用し¹⁵⁾、患者から医療者に向けて、①何が問題か、②何をすべきか、③なぜそれが重要なのかの3つの質問を行って疾患への患者理解を深めます。

一方BOOSTでは、ひな形を用いた退院療養計画書の作成を推奨します。ひな形を使用しない場合は、①開始・変更・中止した薬剤を明確にすること、②読みやすいように十分なスペースをとること、③医学用語を避けること、④薬剤の処方目的、服薬方法を明らかにすることを含めるよう提案されています。また、患者の理解を助ける

ために米国医師会や米国内科学会をはじめとした各学会、各病院の患者教育ページの紹介を推奨しています⁴⁾。

CASEへの対応

COPDの情報サイトであるGOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)のガイドラインや厚労省の疫学調査を参考に退院療養計画書を作成し(図2)、Ask me 3を用いて患者理解の確認を行った。現時点では患者に禁煙意志がないため、今回はリスクの説明にとどめた。

POINT

- 患者教育におけるエンゲージメントの支援方法を理解する。
- 退院療養計画書の効果を知り、具体的な退院療養計画書の作成法を学ぶ。

引用文献・URL

- 1) 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書. 2015. www.tokyo-ikiiki.net/_res/projects/default_project/_page/_001/000/884/bunsekikekkahoukoku.pdf
- 2) N Engl J Med. 2009 [PMID:19339721]
- 3) AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html
- 4) SHM. Project BOOST® Implementation Guide to Improve Care Transitions, 2nd ed. 2013.
- 5) WHO. Patient Engagement. 2016. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf
- 6) Lorig K, et al. Living a Healthy Life With Chronic Conditions. Bull Pub Co. 2000.
- 7) Schwartz T, et al. The Way We're Working Isn't Working—The Four Forgotten Needs That Energize Great Performance. Free Press. 2011.
- 8) Prev Chronic Dis. 2013 [PMID:23327828]
- 9) Ont Health Technol Assess Ser. 2013 [PMID:24194800]
- 10) BMC Public Health. 2013 [PMID:24314032]
- 11) JAMA Intern Med. 2013 [PMID:23958851]
- 12) J Perianesth Nurs. 2009 [PMID:19500748]
- 13) Qual Saf Health Care. 2006 [PMID:17142589]
- 14) Am Heart J. 2007 [PMID:17719291]
- 15) IHI. Ask Me 3. www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx

推薦図書

・加藤良太郎, 他監訳. ワシントンマニュアル——患者安全と医療の質改善. MEDSi: 2018.

好評の小児整形外科診療本、新たに24疾患を加えたコンプリート版が誕生!

こどもの整形外科疾患の診かた 第2版

診断・治療から患者家族への説明まで

整形外科医や小児科医、開業医が日常外来で遭遇する小児の整形外科疾患の診かたについて、患者家族からよく寄せられる質問に対する模範回答例をはじめ、専門医への受け渡しのタイミングを含めた診断・治療の流れを初学者向けにわかりやすく解説して好評を得た書籍の改訂版。今版では、初版の40疾患をアップデートしているのに加え、さらに幅広い疾患に対応できるように、全体で64もの小児の整形外科疾患を取り上げている。

編集 亀ヶ谷真琴
編集協力 西須 孝

こどもの整形外科疾患の診かた 第2版
診断・治療から患者家族への説明まで
電ジャンル 2nd edition
24疾患を新たに追加して誕生

超音波は外来・ベッドサイドでこう使う!

内科救急で使える! Point-of-Care超音波ベーシックス [Web動画付]

臨床医が診断推論に基づき観察部位を絞って行う超音波検査として、いま注目を集めているPoint-of-Care超音波(POCUS)。本書は内科救急でよくみる腹部・循環器・呼吸器疾患への活用法をエビデンスに基づいてわかりやすく解説しました。身体所見とPOCUSをどう組み合わせるかなど、聴診器のように日常的に超音波を活用するためのノウハウが詰まった1冊です。Web動画243本付き!

亀田 徹

内科救急で使える! Point-of-Care 超音波 ベーシックス

内科救急でよくみる 胸・腹部疾患への活用方法をエビデンスに基づいてわかりやすく解説しました。身体所見とPOCUSをどう組み合わせるかなど、聴診器のように日常的に超音波を活用するためのノウハウが詰まった1冊です。Web動画243本付き!

Medical Library

書評・新刊案内

熱血講義! 心電図 匠が教える実践的判読法

杉山 裕章 ● 執筆
小笹 寧子 ● 執筆協力

A5・頁400
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03603-0

評者 佐田 政隆
徳島大大学院教授・循環器内科学

心電図は Willem Einthoven 先生が100年以上前に発明し、ノーベル賞受賞につながった素晴らしい医療機器である。その当時とほぼ変わらない記録法であるが、超音波、CT、MRIなどが発達した現代であっても、聴診器と並んで、日常診療には欠かすことができない。多くの情報をもたらしてくれる。しかし、その「読影」にはチョットしたコツが要り、「心電図は苦手」という学生、研修医や循環器非専門医の声をよく聞く。

本書の著者である杉山裕章先生も「心電図は元々大の苦手」だったそうであるが、誰よりも心電図を愛し、悩み苦勞しながら、周りの大家の意見を参考にして、「匠の技」を磨いていったことが本書でよく理解できる。

大体の心電図の教科書は、心電図の原理、刺激伝導系の解説から始まり、それぞれの波の意味や不整脈、虚血の心電図について解説されているが、本書は全く違う。どのような状況で、その異常心電図の波形を手にして、著者が、患者と心電図のどこをどのように診て、診断していったかが詳細に解説されている。中には、初診時に誤って診断して、どのようにして正解にたどり着いたかについての体験談もある。いろいろな鑑別診断が考えられる中、ヒヤヒヤしながら抗不整脈薬を注射して、自分の読み方が正しかったとわかりホッとする状況が臨場感をもって記述され、親しみが持てる。診断の遅れが生命予後を大きく左右するST上昇型急性心筋梗塞や肺塞栓なども、患者を前に心電図をいかに生かしていったかがよく理解できる。また、電極のつ

け間違いに関しても丸々1章を割いて対処法が解説されているのも驚いた。ほとんどの心電図学の教科書にはまず書いていないが、実臨床では時々遭遇し対応が必要な「異常心電図」である。

本書は、0章から10章までがオムニバス形式で書かれており、どこから読んでも、各章ごとで完結することができる。巻頭言に「すべての患者さまは私にいろいろなことを教え、そして気づかせてくださる最高の“教科書”です」と書いてあるように、患者に真摯に向き合い、心電図を奥深く読んでいく、著者の日常臨床が垣間見られる。私も、ハラハラドキドキしながら、思わず一気に読み上げることができた。

本書には、いろいろなところに他の教科書には見られない工夫がされているのも特徴である。一枚一枚の心電図にはQRコードが付いており、高解像度でダウンロードできることもありがたい。また、各章の後ろには確認テストが用意されていて、理解を深めることができる。そして、各章、小笹寧子先生の「小笹流 私はこう読む」という別の循環器内科医としての所感を読むことができることも興味深い。

全ての章が平易な言葉と非常にわかりやすい図で解説されており、まさしく、患者を前にして、心電図をどのように読んでいくべきかについて熱血講義を受けていることを実感できる型破りの心電図教科書である。心電図を苦手と思っている人にも、心電図に自信がある人にもお薦めの名著である。本書を読んだ後は、全ての読者がより心電図を愛することになるであろう。

標準生理学 第9版

本間 研一 ● 監修
大森 治紀, 大橋 俊夫 ● 総編集
河合 康明, 黒澤 美枝子, 鯉淵 典之, 伊佐 正 ● 編

B5・頁1202
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03429-6

評者 小野 富三人
大阪医大教授・生理学/研究支援センター長/学長補佐

『標準生理学』は私が本郷で医学生だった頃から使っていた教科書で、あの頃の焦げ茶色でザラザラした革のような手触りを懐かしく思い出す。今は時代も変わり、新雪のような純白でサラサラの表紙の本になっている。見かけは変わったが、その重厚な内容や、医学生や生理学の教育者にとっての位置付けは変わらない。私が生理学の道に進み、現在でも生理学の分野で研究や教育に従事しているキッカケの一つを作ってくれた書物であることは間違いない。

本書冒頭の初版序にある、「生理学は『理解する学問』である」の言葉は生理学の本質を突いている。医学知識の増大につれて、ますます膨大な暗記量を強いられる医学生は、生理学に出合った時にも暗記で乗り越えようと考えてしまいがちである。そんなときに本書の丁寧な説明を読み、“腑に落ちる”ことによって暗記をしなくても生体内の現象が理解できるという体験をすることは、学年が進んで臨床科目を学習する際の貴重な道しるべとなるだろう。

とはいえ、本書の厚みを見ると、勤勉な学生であっても気圧されてしまうかもしれない。私はいつも講義の際、学生たちにまず講義で大筋をつかむことを勧め、そのためにストーリー性を持った講義を心掛けている。そうやってまず大筋をつかんだ学生が、本書のような教科書で知識・理解の穴を埋め、記憶の定着を図るのが最も効率が良い勉強法ではないかと考えるからである。興味を持ったテーマや、授業中に疑問を持った項目を詳しく知りたいと思ったりした項目を拾い読みしても良い。そういう辞書的な使い方もできるように、目次や索引もよく工夫されている。

本書はもちろん医学生のためだけではなく、教員や臨床医のためにも貴重なレファレンスとなる。臨床の教科書で出てくるいろんな情報も、少し深掘りしてそのメカニズムを考えると、基礎医学、特に生理学の知識は欠かすことができない。ずっしりとした信頼感とともに最新の情報も網羅している本書はそのような目的にも最適であろう。

信頼と伝統の安定感

救急画像ティーチングファイル

Daniel B. Nissman ● 編
船曳 知弘 ● 監訳

B5・頁304
定価:本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03628-3

評者 野田 英一郎
福岡市民病院救急科科長

本書は米国の放射線科医によるティーチングファイル集を翻訳したものである。ティーチングファイルとは放射線科による教育方法の1つとされており、典型的な画像、珍しい画像を集積し、学生や研修医教育だけでなく、放射線科レジデントや非放射線科専門医に読影のポイントなどを指導する際の症例集である。日本でも放射線科医の常勤する病院の多くで、症例集までは作らずとも、勉強会などで取り入れられている手法と思われるが、原著出版社の序文によれば、本書のような包括的なティーチングファイルの出版は米国でも珍しいそうである。

監訳者の船曳知弘先生は日常診療の傍ら、DMAT 隊員として災害時対応、教育、また JPTEC, ITLS, JATEC, ICLS, JMECC, MCLS など、救急関係の各種 off-the job トレーニングコースの世話人やインストラクターを務めるとともに、放射線科領域でも DIRECT 研究会を主催し、世界中から救急 IVR で

の講演を依頼される、日本の救急のみならず、救急放射線科領域を牽引する第一人者である。

救急外来で診療する 全ての医師に!

しかも数多くの著作の執筆もしてきた船曳先生が選んだ本書が面白くないはずがない。

そう思って本書を手にとってみた。目次を見ると、この手の書籍によく見られる疾患名や病態による分類がなされておらず、症例番号と主訴のみである。各章は年齢性別、簡単な既往症と現病歴の記載しかなく、いきなり画像が数枚並んでいる。読み進めると診断名、鑑別疾患、読影のポイント、病態の解説、読影医や治療医へのアドバイスまで記載されている。しかも症例はランダムで、疾患別や画像の種類別に並んでいるわけではない。臨床現場で体験しているかのごとく読み進めることができる。

船曳先生も序文で記しているように、診療時に調べるための書籍ではなく、空いた時間を利用して読むのに適している(診察時に調べられるような書

3人のジェネラリストが「平静の心」のオスラーパールと共に、今に生きる知恵を伝授!

こんなときオスラー「平静の心」を求めて

「オスラー没後100年」。医師はより複雑化する日々の臨床の中で、患者・医療スタッフとの間で、また勉強法や進むべき進路について、多くの悩みを抱えている。本書は、「こんなときどうすればよいか。どう考えればよいか」という医師の悩みに対し、臨床経験豊かな3人のジェネラリストが、『平静の心(Aequanimitas)』のオスラーのパールを用いながら、今に生きる知恵を伝授。悩み多き医師に捧ぐ珠玉の1冊。

平島 修
徳田安春
山中克郎



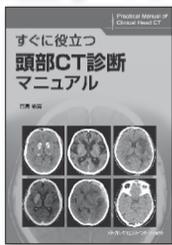
MEDSiの新刊

軽微でも、重要な所見を見落としませんか?

すぐに役立つ頭部CT診断マニュアル

●著:百島 祐貴 慶應義塾大学病院予防医療センター副センター長
●定価:本体4,800円+税
●B5 ●頁300 ●図18・写真736 ●2019年
●ISBN978-4-8157-0158-1

▶日常診療や救急現場において頻用されている頭部CTの読影、診断のポイントを初学者にもわかりやすく解説。初回検査、緊急検査のCTを的確に読影して活用するための基本的な知識を確認し、その限界を知り、MRIやその他の検査を追加することを前提に、さまざまな疾患のCT所見を提示。読影の背景となる事項の解説「ノート」、著者ならではの読影のヒント「memo」を適宜挿入。研修医・当直医や画像診断を専門としない医師にとって待望の入門・実践書。



疾患名からでなく、症例画像から診断に迫る!

症例から学ぶ泌尿器疾患の画像診断

●編集:鳴海 善文 大阪医科大学放射線医学教室教授
●定価:本体7,800円+税
●B5 ●頁488 ●図39・写真788 ●2019年
●ISBN978-4-8157-0156-7

▶泌尿器領域の日常診療で遭遇する機会が多い疾患を中心に、画像の読影・診断を解説。考えながら学び記憶することを重視し、はじめに症例画像を提示する形式を採用。症例は3段階のレベルに分け、適宜類似疾患や鑑別疾患の画像を提示するなど、読者の理解度に応じた効果的な知識の習得ができるよう配慮。国際的な膀胱癌のMRI新基準“VI-RADS”を収載。放射線科、泌尿器科の研修医から専門医まで、泌尿器画像の読影力の向上に資する臨床テキスト。



《ジェネラリストBOOKS》 トップランナーの感染症外来診療術

羽田野 義郎, 北 和也 ● 編

A5・頁356
定価: 本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03633-7

以前からそうであったが、日本の臨床研修の最大の弱点(の一つ)は外来診療教育にある。外来でどういう患者にどう振る舞い、どのような検査をオーダーして、どのような治療を提供するか、きちんと教育されている医師は非常に少ない。多くは「先生、そろそろ外来入らない? わからないことがあったら質問してくれればよいから」とある日突然、外来で放置される。よって、その診療は我流となり、やっつけ仕事となる。

しかし、入院患者のマネジメントがそうであるように、外来患者のマネジメントにもまた原則、プリンシプルというものが存在する。我流でプリンシプルを身につけるのは非常に困難だ。そして、プリンシプルを教えてもらわないと、外来診療が、実はとても難しいという事実すら理解されないままに外来診療が継続して行われる。惰性で検査をオーダーして薬を処方するだけなら、誰にでもできるからだ。高頻度のモニターができない外来診療はある意味入院診療よりも難しい。そのことに気付かずに漫然と外来に入っている医師は多い。「わかっていないことがわかっていない」ソクラテスの無知の知的な問題は、日本の外来診療に暗い影を落としている。深刻な問題だ。

さて、そこで本書である。本書を読んでまず思ったのは、「もう外来感染症について本を書かなくてもよくなったな」である。端的に言えば世代交代の時期、ということだ。

僕はいろいろな本を書きけれども屋上屋を架す「前にもどこかで見た」テキストを書くのは嫌いだ(無駄だから)。しかし、外来セッティングにおける信頼性の高い感染症テキストはな

く籍はすでに船曳先生自身が執筆している。『救急画像診断アトラス 外傷編』[ベクトル・コア, 2007]。刊行当時、船曳先生は医師10年目そこそこ、30代半ばだったことは驚きである! しかも症例ベースで読みやすい!)。本書には全部で100症例が掲載されており、それぞれが救急外来で遭遇することの多い疾患であり、画像も厳選されている。救急外来を担当する全ての医療人にお勧めの書物である。

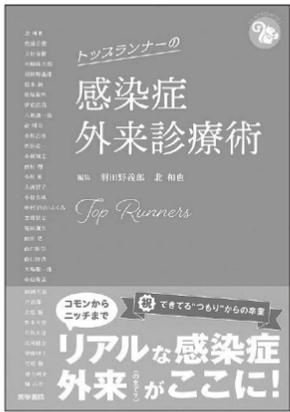
残念だったのは症例情報が、上述した年齢性別と1~2行程程度の簡単な既往症、症状、受傷機転、現病歴だけ(中

には交通事故や、胸痛だけの症例も)だったことである。救急外来ではバイタルサイン(異常があれば処置を同時施行)、可能なら問診の後に画像検査を行うことが多いため、この点は原著者が放射線科医で、簡単な病歴や症状が書かれた撮影、読影依頼書を元に読影している現状を表していると想像される。救急医である小生からは、救急医の視点がもう少し入っていただければ良かったように思われた。ただし、これは原著者の意図であり、翻訳の船曳先生のせいではないことを申し添えておく。

本書では風邪や尿路感染などの外来でよくみるコモンな感染症だけでなく、レプトスピラ症など「見逃したくないニッチな感染症」もきちんと網羅している。だから、よく見る問題の対応法修練としても、めったに遭遇しない「こういうときはどうするんだっけ」のリファレンスとしてもとても役に立つ。本書一冊あれば、外来診療はたいして大丈夫だ。検査については、単に「こういう検査がある」と羅列するのではなく、各検査の価値やコストも論じていて、こういう点も本書の信頼度を上げている。さらに素晴らしいのは治療である。日本の学会ガイドラインはしばしば治療法の選択が杜撰だが、本書においては中耳炎において「経口カルバペネムは使わない」と明記し、尿路感染でのキノロンの使用に警鐘を鳴らし、髄膜炎の治療法にやはりカルバペネムを選択させない。臨床感染症がわかっている人の書いた文章だということがすぐにわかる。そういう点でも本書は信頼できる。本当によい教科書が出てきたのだと心からうれしく思う次第である。

がもはや僕の本は無用の長物だと思ふ。題名通りこの領域の「トップランナー」たちが執筆した本書は、多数の執筆者がいるにもかかわらず質が高く、検査などの最新の情報も満載で信頼できる。「信頼できる」ことが教科書において最も重要なファクターである。それは、これだけ多くの人が質の高い外来感染症診療を論ずることができるようになったという意味だ。時代の流れを感じざるを得ない。

本書を置いておけばたいして大丈夫。信頼できる外来感染症診療の最新テキスト



評者 岩田 健太郎
神戸大大学院教授・感染治療学

新内科専門医試験の出題傾向は第116回日本内科学会の話より

新専門医制度の2018年度開始を受け、新たな内科専門医試験が2021年に実施される。内科専門医制度は従来、卒業3年で認定内科医を取得後に総合内科専門医または内科サブスペシャリティ領域専門医を取得できたが、新制度では内科専門医取得は卒業5年となる。新専門医制度に移行し、内科専門医試験はどのような出題形式と出題傾向になるのか。第116回日本内科学会総会・講演会(日時=4月26~28日、場所=名古屋市中区・ポートメッセなごや)の会期中に開催された医学生・研修医向けの講演会において、新しい内科専門医試験の実際とポイントが紹介された。



●写真 講演する岡崎氏

登壇した日本内科学会・資格認定試験委員会委員長の岡崎仁昭氏(自治医大)は、卒前から卒業の一環した医師養成を念頭に、新内科専門医試験の出題形式は、卒業教育で行う共用試験CBT、医師国家試験で出題される5肢選択式の一般問題と、臨床実地問題を基本に出題すると説明した。問題数は一般問題75~100題、臨床実地問題125~150題の計200~250題になり、難易度は現行の認定内科医試験を踏まえ、臨床実地問題の出題を重視すると述べた。

出題傾向については、総合内科分野の出題数を増加させ、特に研修カリキュラムの基本的診療技能と主要症候に重点を置いて出題される見込みだという。講演の中で氏は、より実地臨床に即した長文連問臨床問題を導入するとし、関節痛と呼吸困難を主訴とする例題を紹介。「専攻医が臨床研修に取り組んだ成果を評価できるように、症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進める臨床医の思考過程に沿った問題や、内科救急疾患の初期治療に関する問題を重視した出題になる」と述べた。

プロメテウス解剖学アトラス 頭頸部/神経解剖 第3版

坂井 建雄, 河田 光博 ● 監訳

A4変型・頁610
定価: 本体11,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03643-6

評者 竹林 浩秀
新潟大教授・神経生物・解剖学

このほど、『プロメテウス解剖学アトラス 頭頸部/神経解剖 第3版』が坂井建雄先生、河田光博先生の監訳にて発行された。本書は、2009年の初版の発行以来、その美しい図にて知られてきた解剖学アトラスである。評者も初版、第2版を手元において、事あるごとに参考にしてきた。

プロメテウス解剖学アトラスの特徴として、見開きページに美しい図譜を提示しており、眺めているだけで解剖学の理解が深まること挙げられる。百聞は一見に如かず、という言葉にもある通り、一枚の印象的な図は、長く記憶にとどま

る。初学の学生にとっては、手に取って眺めるだけでも、解剖学への手引きとなることであろう。それぞれの図譜は、単に美しいだけでなく、説明文もわかりやすく記述されている。随所に臨床にかかわる記載があるので、学生は解剖学の勉強が将来どのようにつながるのか理解し、興味を持って学べるように工夫されている。

本書は、大きく分けて前半の「頭頸部」と後半の「神経解剖」に分かれている。いずれも、発生についての記載

から、成体の構造と機能、そして、断面図などについてバランス良く章分けと記載がなされている。第3版では、頭蓋骨について新たな単元が追加され、全ての骨が個別に図示されており骨学を理解しやすくなっている。さらに口腔の局所解剖についても増補され、歯学を学ぶ学生にとっても役立つものと思われる。神経解剖においては、序論が増強され「神経細胞とグリア細胞の組織学」という章が独立し、より理解を助ける構成になった。巻末の中樞神経系の用語集は、用語の正しい学習に役立つものである。願わくば、この巻末の章に記載されている神経回路図は、細胞や神経核などの神経系の形態や解剖学的な位置関係も情報に含めながら記載すると、より直感的に理解しやすくなるかもしれない。しかし、この点は本書の完成度の高さにおいては、さほど影響するものではない。

本書は、解剖学を学ぶ学生や解剖実習を行う学生に役立つのみならず、上級の学生あるいは、医師や医療従事者となってからも、長く使用できるアトラスであると考えられる。

理解を深める
美しい解剖アトラス



定評ある内科系専門医試験対策問題集に待望の第4集が登場!

目でみるトレーニング 第4集 内科系専門医受験のための必修臨床問題

内科系専門医試験対策に定評がある臨床問題集の第4集。病歴、身体診察、検査、そしてX線やCT・MRIなどの画像所見、細菌学・病理学的所見から診断・治療等を問う内科全領域にわたる146問の症例問題は、内科系専門医をめざす全ての医師に解いてもらいたい。総合内科専門医が出題・解説する本シリーズは、専門医取得に際し求められる症例サマリーを作成する際の参考にもなり、合格者たちが薦める定番書となっている。

監修 『medicina』
編集委員会
責任編集 岡崎仁昭



正確な診断にたどり着くための道筋を照らす、1000のパール

レジデントのための内科クリニカルパール1000

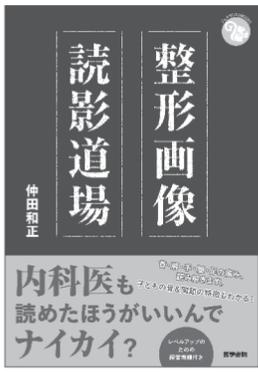
On Rounds; 1000 Internal Medicine Pearls

研修医が診療現場で遭遇する複雑な臨床的プロブレム。いかに決定的な臨床所見を見出し、正確な診断を導くべきか、クリニカル・パールで教示。本を開けばまるで優れた指導医と回診(on rounds)しているかのように内科領域を一巡り。混乱に陥りやすいトピックに絞り、病態生理学的な背景とともに適切な臨床的文脈のなかで学ぶ。これまで得た知識をどう引き出し、組み立て、活用するか。1000の英知でサポートする1冊。

原著 Lewis Landsberg
訳 松村正巳
畠山修司



続々刊行中! ジェネラリストBOOKSシリーズ



整形画像読影道場

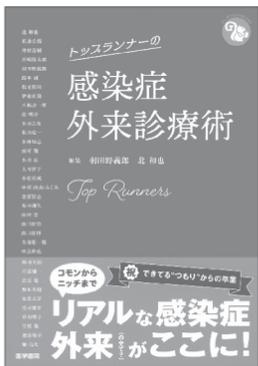
仲田 和正

新刊

内科医も読めたほうがいいんでナイカイ? 首・肩・手・腰・足の痛み、読み解きます。

プライマリ・ケアの現場で多くみられる首・肩・手・腰・膝・足の痛み。内科医に必要な整形疾患に関する知識、X線画像の読み方、診断のポイント、そして記憶に残る覚え方を多くの写真やイラストとともに解説する。高齢者だけでなく、子どもの骨と関節の特徴も詳しく解説。レベルアップのための練習問題も付いている。

A5 頁166 2019年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03833-1]



トップランナーの 感染症外来診療術

編集:羽田野 義郎 / 北 和也

新刊

これぞリアルな感染症外来! もう“できてるつもり医”とは呼ばせない!

この領域のトップランナーたちが、感染症診療の基本からよりアドバンスなテクニックまで、自身の診療や過去の経験などを踏まえながら解説。著者の失敗談やそこから学んだことなどについても紹介しており、「本書を読めば外来で診る感染症診療の質が上がる!」と言っても過言ではない充実の内容。

A5 頁356 2019年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03633-7]



よくみる子どもの皮膚疾患 診療のポイント&保護者へのアドバイス

編集:佐々木りか子

エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で、的確な診断・治療・紹介へ。新生児から思春期までの皮膚のcommon diseaseとホームケア指導がよくわかる!

A5 頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03620-7]



外来でよく診る 病気ストレスな症例への生活処方箋 エビデンスとバリューに基づく対応策

浦島 充佳

生活習慣病の症例を中心に、一般内科外来で遭遇するグレー(治療適応かどうかギリギリ)な症例への、エビデンスとバリュー(患者の価値観)を基盤としたアプローチを示す。

A5 頁212 2018年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03593-4]

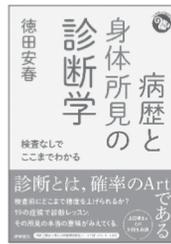


いのちの終わりにどうかかわるか

編集:木澤 義之 / 山本 亮 / 浜野 淳

総合診療医や内科医、およびそれを取り巻くメディカルスタッフに求められるエンド・オブ・ライフ患者へのかかわり方の知識とスキルをまとめた1冊。

A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03255-1]



病歴と身体所見の診断学

検査なしでここまでわかる

徳田 安春

症例をもとに、指導医と研修医の問答形式で感度・特異度・尤度比の使い方が学べる実践書。付録には、即戦力となる「感度・特異度・尤度比一覧」のPDFを収録。

A5 頁210 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03245-2]



認知症はこう診る

初回面接・診断からBPSDの対応まで

編集:上田 諭

「認知症は日常的に診るけれど、イマイチ診方がわからない。薬を出すだけでいいの?」かかりつけ医のそんなお悩みに効く本。豊富な事例とともに、具体的手法をレクチャー。

A5 頁264 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03221-6]



身体診察 免許皆伝

目的別フィジカルの取り方 伝授します

編集:平島 修 / 志水 太郎 / 和足 孝之

“最強の一番弟子”にならないか? 便利な機器が常にあるとは限らない。視て、聴いて、触って、嗅いで、rule in / rule outできる身体診察を身につけよう。

A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03029-8]

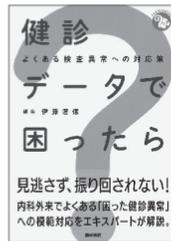


保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方

編集:崎山 弘 / 長谷川 行洋

その説明はツウジテル? 不安そうな保護者、パニックになっている保護者、無理難題を訴えてくる保護者、外来にいませんか? 保護者が納得する説明の仕方、教えます。

A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]



健診データで困ったら

よくある検査異常への対応策

編集:伊藤 澄信

外来で一般医が困る健診データ異常のパターンを集め、基本対応とそのエビデンスをわかりやすく示した。内科外来に欠かせない1冊。

A5 頁192 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03054-0]

6 medicina Vol.56 No.7

特集 抗菌薬をアップデートせよ!

耐性菌に立ち向かう! 適正化の手法から新薬の使い分けまで

近年、感染症界の変化は大きくスピード性質のいずれも他の領域と大きく異なっている。その背景として、「耐性菌の拡大」、「耐性菌関連死の増加」による「抗菌薬の適正使用」という側面が大きい。目まぐるしく変貌を遂げている感染症界に取り残されないよう、抗菌薬を基本から再確認しアップデートしよう!

企画:岸田直樹(感染症コンサルタント)

INDEX

対談:抗菌薬をアップデートし、新しい適正使用のフェーズへ! -感染症は適正使用の最先端!

I章:総論

II章:系統別アップデート①基本事項の確認と新しいエビデンス、添付文書変更をアップデートせよ!

III章:系統別アップデート②臓器別感染症治療戦略をアップデートせよ!

IV章:実際どうする適正化! 手法とお得感・安心感

V章:耐性菌治療戦略をアップデートせよ! こんなときどうする?

VI章:新薬の情報を正しくアップデートせよ! 新しい抗微生物薬とその使い分け

●1部定価:本体2,600円+税

▶来月の特集(Vol.56 No.8)

一步踏み込んだ

内科エマージェンシーのトリセツ

企画:川島篤志(市立福知山市民病院 総合内科)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina



http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryo

総合診療 Vol.29 No.6

特集 皮膚科診療エクササイズ 1枚の写真から

わが国の医療は在宅への転換期を迎えている。従来の専門性の高い医療の推進に加え、質の高いジェネラリストの存在が求められており、そのシームレスな連携こそが、高度な医療サービスの提供には必要不可欠である。本特集の目的とするところは、ジェネラリストと専門医の連携であり、ありふれた皮膚疾患ながら皮膚科専門医へ委ねるべきタイミングを25症例から感じていただければ幸いである。

企画:安部正敏(医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック)

INDEX

- Q1 胸部異常陰影を合併した顔面の紅色結節 Q2 顔面に生じた紅色皮疹 Q3 高齢男性の背部に生じた環状紅斑 Q4 下腿の痛みを伴うしこり Q5 居眠り後に生じた下腿のただれ Q6 顔にできた茶色いシミ Q7 頬に隆起・拡大する黒色皮疹 Q8 外用剤で治癒しない露光部の皮疹 Q9 出血を伴う黒色結節 Q10 外陰部に生じた難治性の紅色皮疹 Q11 数十年前から残る胸の傷跡 Q12 指のイボが増えてきました Q13 頬が腫れた Q14 顔面に多発する痂皮を付す紅色皮疹 Q15 思春期の女性に生じた顔面の紅色丘疹や膿疱 Q16 爪周囲の紅色隆起性皮疹 Q17 背部、上腕に多発する水疱を伴う紅色皮疹 Q18 足底がかゆくて皮がむけるんです Q19 全身の耐え難い痒痒感 Q20 全身のかゆみを伴う皮疹 Q21 夜間に出現するかゆみの強い紅斑 Q22 手あれとかゆみが良くなりません! Q23 頭部のフケ症 Q24 全身に多発する鱗屑を付す紅斑 Q25 足底のガンコな皮疹

▶来月の特集(Vol.29 No.7)

リウマチ・膠原病ミミック症例帖

“膠原病っぽくみえてしまう疾患たち”にだまされない!

●1部定価:本体2,500円+税

企画:陶山恭博(JR東京総合病院リウマチ・膠原病科)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引! 配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2019年 年間購読料

▶medicina 36,580円+税(増刊号を含む年13冊)

▶総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊 医学生・初期研修医割引20,040円+税あり

電子版もお選びいただけます

医学書院